FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 212

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

EMMÉRICK MAURY

Né le 22 Juillet 1902, à la Bastide-Rouairaux (Tarn)

A propos de deux cas de Scrofulo-Tuberculose multiple

Président de Thèse : M. le Professeur PAUL CARNOT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

EMMÉRICK MAURY

Né le 22 Juillet 1902, à la Bastide-Rouairaux (Tarn)

A propos de deux cas de Scrofulo-Tuberculose multiple

Président de Thèse : M. le Professeur PAUL CARNOT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
PARIS

—

1928

I. — PROFESSEURS

Le Doyen ..... M. ROGER

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU. COUVELAIRE. JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie chirurgicale	BASSET.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Physiologie	BINET.
Chimie biologique	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CHABROL.
Histologie	CHAMPY.
Pathologie médicale	CHIRAY.
Pathologie médicale	CLERC.
Hygiène	DEBRE.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Médecine légale	DUVOIR.
Obstétrique	ÉCALLE.
Pathologie médicale	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie médicale	HARVIER.
Urologie	HEITZ-BOYER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Parasitologie	JOYEUX.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie chirurgicale	LARDENOIS.
Oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Obstétrique	LÉVY-SOLAL.
Pathologie mentale	LHERMITE.
Pathologie médicale	LIAN.
Pathologie chirurgicale	MATHIEU.
Obstétrique	METZGER.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Histologie	MULON.
Bactériologie	PHILIBERT.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT. (Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie médicale	GOUGEROT.
Obstétrique	DEMELIN.
Obstétrique	LEQUEUX.
Obstétrique	GUENIOT.
Histologie	RETTERER.
Pathologie médicale	TANON.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique médicale infantile	LEREBOULLET.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique médicale	VILLARET.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Dont l'affection et le travail ont été pour nous un stimulant et un exemple

---

A MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance infinie pour son amour et pour son dévouement.

A MON FRÈRE

En souvenir des heures heureuses que nous avons vécues ensemble.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CARNOT

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.
Hommage de respectueuse considération.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJEARS

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RÉMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE DOCTEUR O. MACÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUST

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

CHAPITRE PREMIER

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Carnot, un cas fort instructif de tuberculose locale à localisations multiples, de scrofulose tuberculeuse chez une femme âgée d'une trentaine d'années, dont nous rapportons l'observation dans les pages qui suivent.

Ce qui fait l'intérêt de la question que nous allons essayer de traiter, c'est le fait que cette affection qu implique la présence, dans les humeurs, de bacilles de Koch, reconnaît, pendant des années, une marche progressive qui se fait presque sans interruption aucune chez un sujet dont l'état général reste, au cours de cette longue évolution, relativement satisfaisante.

Il semble donc que l'organisme du malade soit le siège d'une auto-vaccination que l'on ne rencontre que dans cette forme de tuberculose et qui permette ainsi, au sujet qui en est atteint, de résister victorieusement, durant une période fort étendue, comme nous venons de le faire remarquer à l'instant même, à l'infection bacillaire qui est, par elle-même fatale, dans ses formes viscérales, principalement dans sa forme à localisation pulmonaire.

Ces remaques générales étant faites, il faut, avant de nous engager plus avant dans notre sujet, nous poser les questions suivantes : qu'est-ce, en définitive, que la scrofule et quels sont les rapports qui existent entre cette dernière et la tuberculose ? Pour répondre à la première de ces deux questions, il nous semble que la meilleure définition, si, tant est que l'on puisse appeler définition une énumération de lésions reconnaissant toutes une même pathogénie et pouvant toutes être rangées sous une étiquette identique, la scrofulose; il nous semble, disions-nous, que la meilleure définition puisse se lire dans un travail de Merklen, paru dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* de 1880, sur les rapports entre la scrofule et la tuberculose; l'auteur précité range sous ce terme général de scrofule :

« Les accidents scrofuleux vrais, du côté des ganglions; les adénopathies caséeuses diverses, du côté des os et des articulations; la carie, les arthrites et les syndrites fongueuses, du côté de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; le lupus, les gommes et les abcès scrofuleux, sans compter les lésions superficielles peu favorables aux recherches histologiques... ».

Il serait intéressant de se demander sur quel terrain évolue la scrofule constituant cette « prétendue diathèse tuberculeuse générale » dont parle Bazin dans ses « Leçons sur la scrofule ».

« Dans la diathèse tuberculeuse, le siège est invariable;

le poumon est toujours l'organe essentiellement affecté ; après lui, viennent l'intestin et le larynx. Dans notre prétendue diathèse tuberculeuse générale, il n'y a pas de tubercule dans l'intestin ; il n'y en a pas ou il y en a à peine dans le poumon. Dans les cas de diathèse tuberculeuse générale, les antécédents du sujet sont scrofuleux, et le sujet lui-même présente tous les caractères de la constitution écrouelleuse » (1).

Cette constitution écrouelleuse n'est autre chose que celle qui se rencontre chez les sujets communément appelés des « lymphatiques ». Empruntons à Carton (2) la description qu'il en donne :

« Le lymphatique est construit sur le mode épais en massifs. Il a une large mâchoire inférieure, des lèvres charnues, le cou empâté. La figure grasse, inexpressive, est souvent couverte de tâches de rousseur. Les cheveux sont roux ou blond-filasse ; les yeux noirs, ou bleus très pâles, ou verdâtres ; le regard atone. Les chairs sont molles, la main flasque, la peau humide et froide. L'abdomen est très long et globuleux. Les membres sont épais, empiétés, sans reliefs musculaires, en poteaux. La graisse enveloppe les formes, rend l'ensemble lourd et inélégant.

.....

« Le tempérament lymphatique prédispose aux troubles des muqueuses, aux catarrhes, aux écoulements (diarrhée,

(1) Bazin. — Leçons sur la scrofule, Paris, 1861.
(2) P. Carton. — Diagnostic en conduite des tempéraments, Paris, 1926.

angine, bronchite, coqueluche, fièvres éruptives, otite, fistules osseuses, suppurations ganglionnaires...) ».

Notons, dans cette description, la pigmentation de la peau, de la coloration des poils qui sont, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Bazin (1) d'un « roux vénitien », teinte que l'observation courante a permis de reconnaître chez beaucoup de « pré-tuberculeux ».

Nous ne voudrions pas, sur ce simple caractère extérieur qui ne pourrait être après tout qu'une simple coïncidence, prouver l'identité du rapport qui existe entre la scrofule et la tuberculose, répondant ainsi à la seconde question que nous nous sommes posés plus haut. Nous rechercherons nos preuves dans une argumentation plus solide que nous emprunterons aux observations et aux rapports fournis par certains cliniciens de la seconde moitié du siècle dernier.

En 1845, l'Académie de Médecine ouvrit un concours pour l'attribution du prix Portel, ayant comme sujet : « De l'analogie et des différences entre les scrofules et les tubercules ». Ce fut Lebert qui remporta le prix, en concluant à l'identité de ces deux affections et il en donna les preuves tout au long dans son « Traité des Maladies scrofuleuses et tuberculeuses », paru à Paris, en 1849. Les discussions n'en restèrent pas moins vives encore, et il y eut toute une période au cours de laquelle surgirent de nombreuses contradictions qui entourèrent cette question d'obscurités nouvelles.

---

(1) Bazin, *loc. cit.*

Ce fut Bazin (2) qui remit en honneur l'unité anatomique de la tuberculose et de la scrofulose. Pour cet auteur, les accidents scrofuleux pouvaient être divisés en quatre périodes :

Une scrofule primitive, reconnaissant comme lésions les gommes, les catarrhes, les adénites;

Une scrofule secondaire, sous l'égide de laquelle il rangeait les lésions profondes des membranes et toutes les formes rongeantes de la maladie;

Une scrofule tertiaire, où dominaient les périostites, les ostéites, les tumeurs blanches simples ou tuberculeuses;

Enfin, une scrofule quaternaire, représentant le dernier stade évolutif de la maladie et qui était caractérisée par les tuberculisations pulmonaires, péritonéales, méningées, cérébrales; les gommes tuberculeuses du foie et du pancréas, les tumeurs fibro-plastiques tuberculeuses et squirrhes tuberculeux.

En 1881, la question est définitivement tranchée au cours des discussions qui ont lieu à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris entre les divers cliniciens dont nous résumons les opinions dans les lignes qui vont suivre.

Kiener (1) dans un compte rendu sur la tuberculose et les affections, dites scrofuleuses, qui doivent y être rattachées,

---

(1) Bazin, *loc. cit.*
(2) Kiener. — *C. R. de la Soc. Méd. Hop.*, Paris, février 1881.

établit un parallèle entre la scrofule et la tuberculose chez les jeunes soldats.

« Il y a, en résumé, conclut-il, deux caractères fondamentaux décisifs dans l'histoire des localisations de la maladie scrofuleuse, leur curabilité, leur infectiosité ».

Notons, en passant, ces deux caractères sur lesquels nous avons l'intention de nous étendre plus longuement, dans les pages qui vont suivre.

A la même séance, l'auteur dont nous venons de citer le nom fait une description des caractères histologiques des formations scrofuleuses, à laquelle nous empruntons ces lignes :

« Le tubercule apparaît dans les séreuses comme une tache opaline, formée d'un tissu embryonnaire ou fibreux et sillonnée par un riche réseau de vaisseaux sanguins. Dans cette tache qui, au début, ne diffère en rien des produits de l'inflammation simple, on voit bientôt apparaître un ou plusieurs points opaques qui correspondent à des renflements pleins siégeant sur le trajet des vaisseaux. Ces renflements fusiformes ou ampullaires, sont produits par un épaississement de la paroi, dont les éléments cellulaires, notamment l'endothélium, se multiplient, subissent une dégénérescence spéciale que M. Grancher a appelée vitreuse, et tendent à se conglomérer. La section transversale des vaisseaux ainsi dégénérés donne, s'il s'agit d'un capillaire à une seule tunique, l'apparence de la cellule géante de Langhans, là il s'agit d'un capillaire à trois tuniques, reproduit la figure décrite par Kös-

ter est nommée follicule par M. Charcot. Dans certains cas, l'endothélium ne prend qu'une part médiane à la prolifération. La section transversale du renflement ne donne plus alors l'image folliculaire, mais celle d'une endartérite et d'une périartérite noueuse, ayant pour résultat le rétrécissement graduel de la lumière, dont l'oblitération est souvent complétée par un thrombus.

De toutes manières, l'évolution du nodule tuberculeux est liée à celle de ses vaisseaux. Lorsque la majorité ou la totalité de ses vaisseaux sont oblitérés, le nodule, soustrait à la circulation sanguine, est dévolue à une transformation caséeuse et se ramollit.

Telle est la première phase du processus ; la seconde est la formation d'un ulcère. La fonte des nodules met à nu un tissu bourgeonnant dont les vaisseaux subissent à leur tour, la dégénération tuberculeuse, et qui suppure plus ou moins longtemps. A la longue, si la résistance du sujet le permet, l'ulcère change d'aspect, cesse de devenir tuberculeux et de suppurer, et guérit par cicatrisation ».

Quelques lignes plus bas, l'auteur est tout à fait net dans la conclusion de ses recherches :

« Il est à peine nécessaire de faire, écrit-il, que... l'affection scrofuleuse reproduise de point en point le schéma du processus tuberculeux, tel que nous l'avons défini tout à l'heure. Ce n'est point une simple analogie ; c'est l'identité absolue dans les caractères de structure des nodules qui re-

produisent les images typiques du tubercule dans ses différentes variétés embryonnaires ou fibreuses, avec ou sans cellules géantes ».

Du Castel (1), à propos de l'étiologie et des causes prédisposantes aux deux affections, en reconnaît également l'identité :

« La misère physiologique, congénitale ou acquise, prédispose l'économie à des inflammations de gravité de ce siège fort différentes, mais dont le processus anatomique paraît souvent identique, ayant le follicule tuberculeux pour débuter, la caséification pour tendance, la tuberculose infectieuse pour complication.

Chez l'enfant, ces inflammations atteignent surtout les parties périphériques, on les apelle scrofuleuses.

.... La gravité moindre du processus dans la scrofule tient sans doute, à l'importance moindre des organes atteints, à la transformation et à la réparation plus facile d'un organisme en voie d'évolution ».

L'auteur avait déjà entrevu la gravité moindre des affections scrofuleuses par rapport aux lésions tuberculeuses viscérales, mais ne semble pas en avoir trouvé les véritables raisons que nous nous proposons d'examiner ultérieurement.

Un autre clinicien, qui a laissé dans l'histoire de la tuberculose un nom que l'on peut associer à celui de Laën-

---

(1) Du Castel. — *C. R. de la Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1881.

nec, Villemin, reprenant la classification de Bazin, mais dans un cadre plus étroit, rapporte les tuméfactions ganglionnaires à quatre types :

La tuméfaction simple, passagère, dont la résolution suit de près la disparition de l'irritation provocatrice ;

L'adénite hypertrophique, reconnaissant comme caractères principaux, l'hyperplasie de la charpente conjonctive, et la dilatation des alvéoles ;

L'adénite suppurée, à évolution phlegmoneuse ;

L'adénite caséeuse, enfin, avec tendance ou ramollissement.

Et c'est le même auteur qui, au cours de ces discussions sur la nature bacillaire des accidents scrofuleux, exprime sa pensée dans ces lignes (1) :

« Lorsque la tuberculose se localise sur les ganglions externes, elle atteint souvent en même temps les organes splanchniques, notamment le poumon, et cette coïncidence fréquente de la tuberculisation pulmonaire et de l'adénite caséeuse ou leur succession a porté à croire à l'identité ou à la parenté de la scrofule et de la tuberculose. Mais qu'y a-t-il d'étonnant à voir une phtisie, suivre, précéder ou accompagner au strume ganglionnaire, puisqu'elles sont toutes deux la manifestation d'une même maladie, surtout lorsqu'on sait que la maladie procède, dans son évolution par poussées suc-

(1) Villemin. — *C. R. de la Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1881.

cessives, séparées par des intervalles variables ? Le ganglion dit à tort, scrofuleux, n'est qu'une tuberculisation localisée et la localisation, c'est-à-dire la concentration des lésions tuberculeuses sur un système, sur un organe, sur une portion d'organe, est la règle d'évolution de la tuberculose ».

Brissaud (2), la même année, exprime des idées identiques dans un travail qu'il fait paraître aux Archives de la Médecine. Nous sommes donc loin des obscurités qu'avaient provoquées les travaux de Vogel et de Lugol, auxquelles nous faisions allusion quand nous parlions des premières recherches entreprises par Lebert et Bazin.

Dès la fin du siècle dernier, presque tous les auteurs, Conheim, Villemin, Vidal, Kiener, Rendu et les autres, abandonnèrent à la tuberculose « la plus grande partie du domaine de l'ancienne scrofule », selon les termes même de Grancher (3).

---

(1) Brissaud. — *Archives de Médecine*, 1881.
(2) Grancher, — *C. R. Soc. Méd. Hôp.*, Paris, 1881.

CHAPITRE II

Maintenant que nous avons établi l'identité morbide qui existe entre les lésions scrofuleuses et la tuberculose, nous allons rapporter l'observation de la malade dont l'affection constitue le sujet de ce travail.

OBSERVATION I

Thérèse B..., âgée de 36 ans, exerçant la profession de mécanicienne, entre dans le Service de M. le Professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu, le 6 février 1928, se plaignant de douleurs très vives au niveau de son coude droit et de son articulation fibro-tarsienne gauche, s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle complète, et amenant la malade à se faire hospitaliser.

L'interrogatoire nous permet de reconstituer l'histoire de sa maladie.

Le 7 janvier 1928, c'est-à-dire, un mois avant son entrée dans le service, elle a ressenti une douleur progressivement croissante dans son coude droit, douleur que le moindre mouvement rendait plus aiguë. Bientôt, les déplacements articulaires devinrent de plus en plus limités, devinrent presque

impossible, et l'articulation, très douloureuse, se trouva complètement bloquée quatre jours après l'apparition des premiers symptômes.

Deux semaines plus tard, elle ressent, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, des douleurs violentes et rapprochées, pouvant être comparées, audire de la malade, à la sensation que donneraient des « piqûres d'aiguilles. » Ici également, comme au niveau du coude, l'impotence fonctionnelle est devenue complète en 4 à 5 jours.

C'est également un mois avant son entrée qu'elle a constaté l'apparition de nodules indurés, complètement indolents, dont les uns disparaissent en quelques jours sans laisser de traces, tandis que les autres s'ulcèrent, laissant s'écouler un liquide noirâtre.

Le début, en apparence brutal, de cette affection, fait cependant partie d'un long passé tuberculeux, les antécédents, aussi bien héréditaires que personnels de la malade, étant assez chargés.

Sa mère, en effet, contracte un premier mariage avec un sujet bacillaire, dont elle a eu un fils qui meurt tuberculeux à l'âge de 20 ans ; le père était décédé au bout de 18 mois de mariage. D'une seconde union naissent la malade dont nous rapportons l'observation et une sœur, plus jeune, morte, elle aussi, de bacillose à l'âge de 29 ans. La mère meurt de tuberculose à 54 ans, et son père ne tarde pas à succomber à la même affection.

FIGURE 1

FIGURE 2

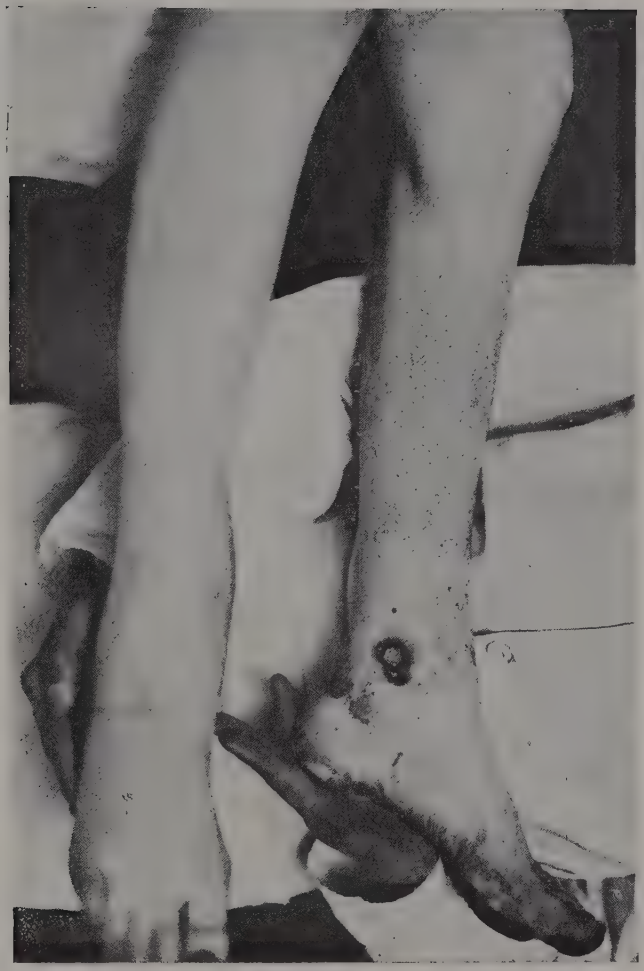

FIGURE 3

FIGURE 4

Si nous interrogeons maintenant la malade sur son passé morbide, nous apprenons qu'à l'âge de 7 ans, elle fait un abcès froid sous-maxillaire, qui est mal traité, et que l'on doit inciser ; il suppure néanmoins pendant plusieurs mois, mais il finit par guérir complètement.

Entre 7 et 12 ans, elle fait successivement 5 érysipèles de la face, pour lesquels la malade fut hospitalisée cinq fois au bastion 29.

A 12 ans, elle présente une autre adénite cervicale, mais du côté opposé à la première et qui disparaît en peu de temps.

Elle se marie à 15 ans et a 4 enfants, dont les deux aînés meurent respectivement à 4 et 6 mois, de gastro-entérite.

Son mari étant tué à la guerre, elle contracte une nouvelle union avec un sujet actuellement en bonne santé, mais qui tousse depuis quelque temps.

Enfin, à l'âge de 36 ans, la malade est tout-à-fait bien portante ; ce n'est seulement qu'à partir du mois de juin 1927, sept mois par conséquent avant le début de sa maladie, qu'elle est prise chaque soir, vers 5 heures, de fièvre accompagnée de frissons, de sueurs, de vertiges. Extrêmement fatiguée, souffrant d'insomnies, elle maigri tde 30 kilos. Cependant, son appétit demeure intact. Peu après, réapparaissent les adénites sous-maxillaires suppurées et bilatérales. Un dernier abcès, qui est encore en évolution lors de l'entrée de la malade à l'hôpital, se fait jour dans le creux sus-claviculaire droit, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

La malade s'en va consulter à l'hôpital Saint-Louis, trois mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu ; on lui fait une radiographie pulmonaire qui se montre négative, ainsi également que l'examen des crachats.

En résumé, on constate dans l'histoire de cette malade un léger passé ganglionnaire à 7 ans et à 12 ans, suivi d'une période de calme de 24 ans ; puis sept mois avant son entrée dans le service, à la suite d'un travail intensif et de gros soucis (faillite), une reprise d'une nouvelle poussée d'adénite suppurée, compliquée, en outre, de deux tumeurs blanches et de gommes cutanées.

Examen :

Nous nous trouvons en présence d'une malade pâle, au visage semé de tâches de rousseur, mais encore relativement grasse. La température est normale et l'appétit est intact.

Au-dessous du menton (fig. 1), on remarque, à droite, l'existence de deux abcès suppurés fistulisés ; à cet endroit, la peau est rouge violacée, laissant écouler quelques gouttes d'un pus séro-grumeleux de couleur jaunâtre et l'on y voit la cicatrice blanchâtre du tout premier abcès.

Sous la symphyse mentonnière, se trouve également un abcès, mais celui-ciest en voie de répression. A gauche, une cicatrice étoilée, creusée et anfractueuse.

Au niveau de la région cervicale droite, présence d'une

fistule violacée, s'enfonçant dans la profondeur. A gauche, traces de trois cicatrices irrégulières.

Dans le creux sus-claviculaire, vers l'extrémité interne de la clavicule, nous constatons l'existence d'une grosse adénopathie de forme ovoïde, de la grosseur d'une noix, de couleur rouge violacée, fluctuante et fistulisée.

Le coude droit est très gonflé, douloureux, blanchâtre. L'avant-bras est en demi-flexion et en demi-pronation. Toute l'articulation est tuméfiée et chaude; les points douloureux sont surtout localisés au niveau de l'épitrochlée et de l'apophyse coronoïde du cubitus. Les ganglions sus-épitrochléens sont gros, durs, sensibles à la pression. Les muscles du bras sont hypotoniques et plus flasques que ceux du côté sain. La mensuration ne révèle cependant pas d'atrophie.

Les mouvements spontanés sont nuls; quant aux mouvements provoqués, ils demeurent très légers et dépassent à peine quelques degrés.

Si nous examinons maintenant le membre inférieur, nous constatons que tout le pied gauche est augmenté de volume, trs déformé, principalement sur sa face interne où la peau est blanche, lisse, brillante. La température locale est très élevée. Dans son ensemble, l'articulation est douloureuse, surtout au niveau des deux malléoles. Les mouvements spontanés sont nuls, la marche est impossible. La flexion peut se faire, sans toutefois que la malade en souffre de trop; au

contraire, l'extension, provoquant une douleur très vive, ne peut plus avoir lieu.

On note également au niveau des membres inférieurs, la présence de nodules indolents, enchassés dans le derme, de la grosseur d'une noisette, mobiles sur les plans profonds et d'évolutions variables; ils sont au nombre de cinq; on en voit :

Sur la face interne de la cuisse droite, où le nodule, surélevé, ovalaire, à limites peu nettes, ayant environ un centimètre de diamètre, roule facilement sous le doigt et se montre parfaitement indolent; à sa surface, la peau est violacée, en son centre, elle est chagrinée.

Il en est de même des deux autres nodules, l'un à la pointe du triangle de Scarpa, l'autre à la face interne du genou droit.

Sur la face externe de la cuisse gauche (figure 2), un de ces nodules, apparu plus précocement que les autres, s'est ulcéré. On ne constate plus d'élévation, mais une surface plane, arrondie, violacée, saignant en son centre, et à bords décollés. Desquamant à la périphérie, elle laisse encore s'écouler un liquide noirâtre, semblable à du sang coagulé.

On trouve une autre ulcération au niveau du mollet gauche, ainsi que deux cicatrices blanchâtres, en étoile, d'un centimètre de diamètre environ, l'une sur la cuisse gauche, l'autre sur la face postérieure et interne du genou.

Le dernier nodule apparu se trouve un peu en dehors de

la bosse frontale gauche (figure 1), il est dur, peu volumineux, complètement indolent; à son niveau, la peau n'est pas altérée. On peut donc compter en tout une vingtaine de lésions scrofuleuses, soit en état d'évolution, soit sous forme de cicatrices.

L'examen successif des divers appareils s'est montré négatif.

Appareil respiratoire. — A la percussion, la sonorité pulmonaire est normale tant dans le dos qu'aux deux creux sus-claviculaires.

Les vibrations vocales sont normales.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal également.

On a fait un examen radiographique qui a révélé des champs pulmonaires normalement clairs.

L'examen des crachats demeure négatif pour la recherche des Bacilles de Koch.

Appareil circulatoire. — Les bruits du cœur sont frappés normalement.

Le pouls bat à 86.

La tension artérielle à l'appareil de Pachon est de 12-6.

Appareil digestif. — La malade n'accuse aucun trouble de ce côté là; le foie n'est pas augmenté, ni diminué de volume; la rate n'est pas percutable.

Appareil urinaire. — Les urines sont foncées, troubles avec un énorme dépôt de sédiments. Il n'y a pas de traces d'albumine, ni de sucre.

Système nerveux. — Les réflexes sont normaux. Les pupilles réagissent bien à la lumière.

Tel est l'état de notre malade, le matin de son entrée dans le service, le 6 février.

Le 15 février, le bras droit est placé dans une gouttière plâtrée, et de ce fait, la malade se trouve extrêmement soulagée. La gomme bacillaire du front se ramollit et devient fluctuante. Les autres gommes ulcérées sont traitées par le collargol.

Le 17 mars, poussée thermique à 39°, accompagnée d'une augmentation de volume de l'articulation tibio-tarsienne gauche qui devient rouge, fluctuante, extrêmement douloureuse; on la ponctionne en chirurgie le 14 mars et elle est actuellement en voie de fistulisation, laissant une ulcération (figure 3) de forme ovalaire, large de deux centimètres, à bords décollés, à teinte rosée.

Le 17 mars, la gomme bacillaire du front qui est devenue complètement fluctuante, est ponctionnée; on en retire un liquide séro-sanglant.

Le 25 mars, la malade subfébrile, ne peut plus supporter son plâtre du coude droit qui devient extrêmement douloureuse et la serre beaucoup. En le lui enlevant, on s'aperçoit

que la tumeur blanche s'est fistulisée (figure 4) au niveau du tiers inférieur de la face postérieure du bras. Comme traitement local, on lui fait quotidiennement des lavages à l'eau oxygénée.

Actuellement, les adénites cervicales et sous-maxillaires sont guéries et en voie de régression.

Le 27 mars, la malade qui, depuis quelques jours déjà, se plaignait de son pied droit augmenté de volume récemment, montre à l'examen qu'on en fait un membre atrocement douloureux, rouge et chaud. La radiographie révèle une légère encoche à malléole. On ponctionne le 16 avril.

L'appétit reste néanmoins conservé; l'état général se maintient satisfaisant; les poumons ne révèle aucun signe suspect.

Une demande de placement pour Berck suit actuellement son cours.

A cette observation que nous venons de reproduire, nous pouvons en ajouter une autre, présentée le 20 mai 1910, par M. le Professeur Carnot, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

OBSERVATION II (fig. 5 et 6)

Société Médicale des Hôpitaux. — Séance du 20 Mai 1910.

La malade, actuellement âgée de 39 ans, est née de père tuberculeux. Elle a présenté, depuis son enfance, une multi-

tude d'accidents tuberculeux différents, tous relativement bénins, de scrofulo-tuberculose.

Dès l'âge de trois ans, survinrent, chez elle (après une mauvaise vaccination, prétend-elle) des adénites sous-maxillaires, puis parotidiennes, dont on voit encore les cicatrices. A la même époque, survint, à l'index de la main droite, une ostéite avec nécrose de la première phalange, ayant guéri sans opération, mais ayant laissé une déformation caractéristique avec atrophie totale de la première phalange qui a cessé de croître; les autres parties squelettiques du doigt ayant, seules, pris leurs dimensions normales. A cinq ans, survinrent, aux deux aines, des adénites dont on voit encore les cicatrices.

Puis l'infection bacillaire sommeilla jusqu'à dix-sept ans : il se produisit alors un spina-ventosa de l'index droit, qui nécessita une désarticulation de la phalange; cinq ans après, on dut désarticuler aussi le métacarpien correspondant.

A vingt-six ans, nouvelle tuberculose osseuse ayant nécessité le grattage de l'extrémité inférieure du radius. La malade, infirmière à l'hôpital Broussais, y fut également soignée à cette époque, pour une tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

A vingt-huit ans, nouvelle broncho-pneumonie. A trente-cinq ans, tuberculose cutanée du dos de la main et du médius droit, par tuberculose verruqueuse de la paume de la main.

A trente-huit ans, tumeur blanche du coude gauche, ayant

FIGURE 5

FIGURE 6

nécessité, pendant six mois, l'immobilisation dans un appareil plâtré.

Nous avons relaté comme particulièrement intéressante, la multiplicité de ces accidents tuberculeux locaux, ayant frappé successivement les ganglions, les os, les articulations, la peau, les poumons, ayant évolué chroniquement d'une façon locale et atténuée, comme si le sujet avait présenté, vis-à-vis de la tuberculose, une porte de vaccination, tout en ayant continuellement, de nouvelles localisations tuberculeuses.

Malgré ces atteintes multiples, prolongées, subintrantes, cette femme est, en effet, restée bien portante : elle est floride, vigoureuse, avec un embonpoint et une nutrition satisfaisants ; la plupart de ces lésions tuberculeuses, ganglionnaires, osseuses, pulmonaires, se sont, d'ailleurs, spontanément cicatrisées. Ce n'est cependant pas la bénignité du germe qui peut expliquer pareille évolution ; car après son mariage, en 1900, avec un mari sain, celui-ci s'est rapidement contaminé : il a commencé à tousser en 1902 et est mort en 1907. La tuberculose, de même souche cependant a évolué de tout autre façon chez les deux conjoints : c'est la femme, strumeuse, qui seule a pu triompher de la bacillose. L'atténuation de la bacillose est donc nettement imputable, en pareil cas, au terrain, à la fois tuberculisable le vacciné et qu'on avait anciennement décrit sous le nom de terrain scrofuleux. C'est sur ce terrain si particulier qu'a évolué l'éléphantiasis, dont nous allons maintenant parler :

Le gonflement de la jambe droite a débuté, il y a douze ans, en 1898. Il s'est installé progressivement, sans cause apparente, sans douleur, caractérisé au début, par un œdème mou, survenant après une fatigue ou une station debout prolongée; mais bientôt, il est devenu de plus en plus dur, subissant de moins en moins, l'empreinte des pressions extérieures, et de plus en plus volumineux. Actuellement, la jambe droite est très volumineuse; le pied, cependant, est à peu près respecté et apparaît tout petit, au bout d'une énorme colonne charnue. Au cou de pied, le gonflement est limité par un pli profond. Au-dessus, la jambe est rebondie, principalement dans sa partie inférieure, ce qui montre bien l'action prépondérante exercée, au début, par la pesanteur sur la répartition de l'œdème et de l'éléphantiasis ultérieur.

Le tour du mollet maximum est de 52 centimètres de circonférence, au lieu de 31 centimètres à l'autre jambe, soit une augmentation d'au moins 20 centimtres de tour. La peau est froide, surtout à la partie inférieure de la jambe; elle est tendue, luisante, ne se déprime pas en godets par la pression, ne présente aucune induration profonde ou superficielle, aucune plaie, ni aucune cicatrice tuberculeuses et conserve sa coloration et son aspect presque normaux; il n'y a aucune douleur spontanée ou provoquée; le membre inférieur est seulement très lourd à remuer, et par là même, assez impotente.

La cuisse droite elle-même, est notablement plus grosse

que la gauche (48 centimètres de circonférence à droite et 41 centimètres à gauche) ; mais son hypertrophie est beaucoup moindre que celle du mollet et diminue progressivement dans les parties hautes. Au niveau de l'aine droite, on voit des cicatrices très accusées, laissées par les ganglions inguinaux tuberculeux, développés à l'âge de cinq ans.

Plus haut encore, le long des vaisseaux iliaques droits, on suit une masse ganglionnaire profonde, indurée, épaissie, adhérente à la paroi postérieure de la fosse iliaque ; elle est allongée en direction oblique, de bas en haut et de dehors en dedans, à peu près suivant le trajet des vaisseaux iliaques, et correspond évidemment, à l'induration de la chaîne lymphatique iliaque.

Du côté gauche, on constate depuis peu de temps seulement, un certain œdème de la jambe, surtout marqué au niveau des malléoles, encore dépressible, mais avec une certaine tendance déjà à l'organisation éléphantiasique (c'est ainsi, dit la malade, que les phénomènes avaient débuté à droite, il y a douze ans). A l'aine gauche, on trouve également d'anciennes cicatrices superficielles et une induration profondes de la chaîne ganglionnaire iliaque. Il semble donc que le processus qui s'est développé à droite depuis douze ans débute à gauche d'une façon symétrique et récente par le même mécanisme...

Nous avons eu, depuis lors, l'occasion de revoir cette

malade dans le service de M. le Professeur Carnot, à l'Hôtel-Dieu.

Voici son histoire clinique depuis l'année 1910 :

« Jusqu'en 1916, elle ne présente plus aucun phénomène tuberculeux, mais au cours de cette année-là, elle doit être hospitalisée à Saint-Joseph, à cause d'une poussée ganglionnaire au niveau de la cuisse droite. En 1918, à l'occasion d'une attaque de grippe, elle présente une lésion tuberculeuse du sommet gauche qui guérit dans l'espace de six semaines. En 1919, elle fait de nouvelles localisations au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des trois doigts de sa main droite ; peu de temps après, la main gauche se prend à son tour aux mêmes endroits.

On lui a fait, dans l'intervalle, une radioscopie pulmonaire : les sommets respirent bien, on constate la présence d'un léger voile au niveau du sommet gauche ; à droite et à gauche, présence de ganglions hilaires volumineux ».

Il nous a été également possible de retrouver dans les comptes rendus des Sociétés Savantes, un certain nombre d'observations analogues.

Vidal (1), au mois de mars 1881, présente à la Société Médicale des Hôpitaux, un cas de tuberculisation pulmonaire au troisième degré, accompagnée de tuberculoses multiples de la peau à différentes phases de leur évolution.

---

(1) VIDAL. — *C. R. de la Soc. Méd. Hôp.*, Paris, mars 1881.

Il s'agit d'un malade, âgé de 22 ans, qui était entré une première fois à l'hôpital Saint-Louis, pour des éruptions impétigineuses; trois ans après cette première affection, il fait une bronchite qui ne tarde pas à passer à l'état chronique. Trois mois avant sa nouvelle hospitalisation, il présente des poussées fébriles accompagnées de sueurs nocturnes et de diarrhées; en même temps, il constate qu'il maigrit très rapidement. Il s'aperçoit également de l'existence, sur la partie antérieure de la poitrine, de deux petites tumeurs, dures au palper, de la grosseur d'un haricot; au bout de quelques semaines, ces nodosités sont le siège d'un ramollissement qui aboutit à une ulcération et à la fistulisation. Bientôt après, apparaissent d'autres tumeurs, au niveau de l'épaule, à l'angle de l'œil, puis aux bras; toutes ces formations subissent une évolution identique à la première.

On a pu compter en tout une vingtaine de tumeurs. Le malade succombe, et à l'autopsie, on constate l'existence de cavernes pulmonaires.

Guéniot, le 14 avril 1881, dans son service de l'Hospice des Enfants Trouvés, enlève à une jeune fille de 13 ans $\frac{1}{2}$, le médius de la main gauche, qui est tuméfié, douloureux et percé de fistules depuis un an. On ne constate cependant pas de lésions pulmonaires, ni d'engorgement des ganglions.

L'auteur introduit un fragment de ce médius reséqué dans la cavité péritonéale d'un cobaye; inoculé le 14 avril, l'animal meurt d'une bacillose généralisée, le 21 juin.

Parrot, qui était également médecin de l'Hospice des Enfants Trouvés, a l'occasion d'examiner au moins de novembre 1880, une fillette âgée de 4 ans ½ Pauline P..., qui présente tous les signes d'une scrofulose : éruptions cutanées diverses ophtalmie, adénites... ; on pratique l'autopsie après le décès de la petite malade qui succombe à une rougeole, et on ne constate aucune lésion tuberculeuse viscérale. Un seul ganglion (sous-maxillaire droit) renferme du pus qui est inoculé au cobaye ; l'animal fait une infection bacillaire généralisée.

P. Coyne (1), dans les Archives de Physiologie, fait paraître en 1871, une note sur un fait d'érysipèle tuberculo-caséeux observé dans un cas de phtisie pulmonaire ; il s'agit en l'occurrence, d'un malade phtisique de longue date et qui a sur la peau toute une série de nodules, durs, indolores, et roulent sous le doigt, qui peuvent être, soit des granulations tuberculeuses, soit des îlots de dermite caséeuse. L'auteur fait remarquer la très longue durée d'évolution de la bacillose pulmonaire.

Cornil (2) enfin, en 1863, publie un cas d'accidents scrofuleux multiples, avec lupus térébrant de la face et albuminurie. La malade, dont Cornil rapporte l'observation, entre à l'Hospice de la Salpétrière, le 22 octobre 1845, à l'âge de 12 ans : elle avait déjà été hospitalisée deux ans auparavant pour un

(1) P. Coyne. — *Archives de Physiologie*, 1871.
(2) Cornil. — *C. R. Soc. Biologie*, février 1863.

lupus qui avait débuté par un petit bouton crouteux à la base du nez gauche, enfin en envahissant les tissus, lui détruit toute la portion moyenne de la face.

A l'examen que l'on en fait, au mois de janvier 1863, on constate une disparition du nez, de la cloison et de la voûte palatine; sur le front, on peut voir les cicatrices irrégulières d'anciennes gommes qui se sont ulcérées et un tubercule croûteux, en voie d'évolution; au niveau du cou, existent également des cicatrices blanches, profondes, irrégulières; le coude gauche est tuméfié, douloureux, mais ne présente pas de traces de fistules purulentes.

L'examen du poumon est négatif à l'auscultation.

Ce cas peut être rapproché de celui dont nous avons rapporté l'histoire dans l'observation I.

Nous pourrions encore publier d'autres cas de scrofulose, car ils sont relativement nombreux dans la littérature médicale, mais ceux que nous venons de rappeler au cours des pages qui précèdent, sont, à notre avis, assez typiques et assez concluants, pour que nous puissions, munis de ce faisceau de faits cliniques, nous avancer plus avant dans le corps de notre sujet.

CHAPITRE III

La scrofulose, qui reconnaît comme agent pathogène le bacille de Koch, est une maladie à marche oscillante, présentant à certains moments des améliorations, à d'autres moments des rechutes et évoluant ainsi par poussées successives, plus ou moins atténuées.

Il faut donc que l'organisme se trouve en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection bacillaire pour que cette dernière arrive à prendre le dessus toutes les fois que le malade présente de nouveaux accidents scrofuleux.

Cet état de moindre résistance qui donnera à la maladie latente le coup de fouet qui la fera partir à nouveau, sera réalisé par toute une série de causes adjuvantes exhaltant la virulence du bacille. C'est ainsi que l'air confiné, le surmenage, l'alcoolisme devront être recherchés dans les antécédents de ces sujets, surtout au cours des semaines précédant une poussée nouvelle de localisation scrofuleuse.

Si nous prenons la première observation que nous publions, nous constatons une reprise d'adénite suppurée, compliquée de deux tumeurs blanches et de gommes cutanées à la suite d'une période très pénible pour la malade, période de surmenage physique intense et de gros soucis moraux.

Il en est de même pour la malade dont nous rappelons l'histoire clinique dans la seconde observation, à l'occasion d'une attaque de grippe en 1918, elle présente de nouvelles localisations au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des trois doigts de la main droite.

Il n'est pas jusqu'au traumatisme qui est capable de provoquer des localisations bacillaires locales chez ces sujets qui sont à la merci de la moindre défaillance. Max Schuller, après avoir inoculé des animaux, leur fait subir des traumatismes et il voit se développer des ostéo-arthrites tuberculeuses dans les régions contuses.

Nous pourrions trouver encore beaucoup d'autres preuves de ce que nous avançons; l'observation clinique est à même de nous en fournir tous les jours.

Un point, que nous devons élucider en passant, est celui du diagnostic des lésions scrofuleuses. Si, à la période ultime de son évolution, l'accident scrofuleux, est aisément diagnostiquable, en le basant sur les antécédents du malade, sur l'existence de lésions antérieures analogues, sur les recherches de laboratoires, nous ne pouvons pas en dire de même dans les premiers stades de l'affection, surtout si cette dernière se présente sous forme de gommes.

Toute formation de ce genre évoque d'abord à l'esprit l'idée d'une syphilis. Ce sera donc avec cette maladie que le diagnostic sera surtout à faire. Mais ce diagnostic ne sera pas toujours aisé à poser.

Brissaud et Josias (1) en ont déjà signalé les difficultés. Pour ces auteurs, la gomme scrofuleuse n'est pas sans présenter de nombreuses analogies avec la gomme syphilitique; toutes deux vont, la plupart du temps, en s'ulcérant et toutes deux donnent lieu à la formation d'un produit purulent, d'apparence caséeuse. Comme la gomme syphilitique vulgaire des téguments, la gomme scrofuleuse reconnaît comme point de départ, non pas le derme, mais le tissu cellulaire sous-cutané, l'hypoderme. D'ailleurs, et ce fait rend le diagnostic encore moins aisé, le même malade est très souvent porteur de plusieurs gommes à différents degrés de leur évolution.

Il arrive également, ainsi que l'a signalé Ricord, que les deux affections soient associées; la tuberculose et la syphilis, évoluant sur un même terrain, formant un composé que le grand clinicien de Saint-Louis avait nommé « le scrofulate de vérole ».

Récemment encore, M. le Professeur Sergent a insisté sur les difficultés de diagnostic entre la scrofulo-tuberculose et la syphilis scrofuloïde. Il est donc indispensable, pour pouvoir trancher la question dans les cas douteux et donner au malade un traitement approprié, de pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann.

Outre la syphilis, le diagnostic différentiel de la gomme scrofuleuse devra être fait avec toutes les tumeurs du derme

(1) Brissaud et Josias. — *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, 1879.

et de l'hypoderme ; il se basera autant sur les signes généraux, constitués par les antécédents bacillaires du sujet, par les lésions pulmonaires s'il en existe, que sur les signes objectifs et les recherches de laboratoire. Mais il n'en est pas moins vrai que de très sérieuses difficultés peuvent se présenter à la première période de l'évolution de la maladie.

Si nous reprenons l'observation II rapportant l'histoire clinique de cette malade que M. le Professeur Carnot présenta en 1910 à la Société Médicale des Hôpitaux, nous y lisons que cette dernière est porteuse d'une lésion éléphantiasique de la jambe droite ; il serait intéressant de savoir qu'elle est la nature de cet éléphantiasis.

Etant donné la multiplicité des lésions scrofuleuses présentées par cette maladie, il semble que l'on soit autorisé à la rattacher également à une manifestation locale de la tuberculose ; après une période plus ou moins longue d'adénite inguinale, il a dû se former des cicatrices au niveau de ces ganglions, provoquant ainsi l'interruption de la circulation dans les voies lymphatiques ; cette obstruction dans le cours de la lymphe amène un œdème qui va toujours en augmentant d'importance ; ultérieurement, cette infiltration séreuse des tissus aboutira à l'organisation scléro-lipomateuse de l'éléphantiasis.

Nous trouvons également dans la littérature médicale, un certain nombre de cas semblables. Coculet (1) rapporte l'ob-

(1) Coculet. — Le lupus éléphantiasique. *Thèse de Paris*, 1886.

servation clinique d'un sujet, atteint de lupus et chez lequel il a observé la formation d'un éléphantiasis.

Bernabeï (1) publie un cas analogue : il s'agit d'une femme âgée de 64 ans et qui, depuis l'âge de 35 ans, présente toute une série de manifestations tuberculeuses au niveau des ganglions et de la peau ; à la suite de ces phénomènes ganglionnaires, elle fait un épaississement éléphantiasique du membre supérieur allant de la racine des doigts jusqu'à l'extrémité de l'avant-bras.

Forgue et Massabuau (2) signalent, à leur tour, le cas d'une malade, scrofuleuse de longue date, présentant d'anciens foyers bacillaires multiples à évolution torpide et atteinte d'un éléphantiasis vulvaire avec fistulisaton.

Cesari et Sale (3) enfin signalent le cas d'une malade du service de Landouzy, à l'Hôpital Laënnec. Il s'agit d'une femme de 65 ans, dont le membre inférieur droit est déformé par un éléphantiasis énorme. La cuisse droite est très augmentée de volume (66 centimètres à droite contre 52 centimètres à gauche, 64 centimètres à la rotule au lieu de 42) ; elle présente, en outre, à la partie externe du genou, une cicatrice de fistule, et une fistule encore ouverte à la partie antérieure de la cuisse ; à la face externe de cette même por-

(1) Bernabeï. — *Ac. Royale de Physio-critique de Sienne,* juin 1898.
(2) Forgue et Massabuau. — Eléphantiasis tuberculeux. *Revue de Chirurgie,* 1909.
(3) Cesari et Sale. — *Revue de Médecine,* février 1913.

tion de membre, un lupus érythémateux. L'inoculation au cobaye le montre fortement positive.

Chez tous ces sujets, en dehors de la déformation éléphantiasique d'un membre ou d'une portion de membre, il faut noter leur long passé scrofuleux avec son cortège interminable d'accidents tuberculeux locaux et atténués, qui aboutirent enfin à l'atteinte des ganglions correspondants aux régions éléphantiasiques.

Ces tuberculoses prolongées, relativement bénignes, récidivantes, sont la règle, donc, pour toute une série de cas, qu'il nous faut opposer aux cas de tuberculose pulmonaire chronique dont l'issue est fatale en quelques semaines ou en quelques mois.

Nous devons nous demander maintenant qu'elle est la part qui revient au microbe et s'il nous est possible de parler de vaccination du terrain sur lequel évolue l'affection.

CHAPITRE IV

Qu'il nous soit permis de rappeler au début de ce chapitre, cette phrase de Kiener (1) : « Il y a, en résumé, deux caractères fondamentaux, décisifs, dans l'histoire des localisations de la maladie scrofuleuse, leur curabilité, leur infectiosité ».

Les observations que nous avons publié au chapitre II confirment, en effet, ces paroles. En les relisant, nous constatons les deux faits suivants : d'une part, la semi-immunité conférée à l'organisme par le processus scrofuleux, vis-à-vis de l'infection bacillaire grave ; d'autre part, la conservation de virulence du bacille de Koch, à l'égard des sujets sains qui entourent le malade.

Ce sont ces deux observations que nous nous proposons d'étudier dans les pages qui vont suivre.

Si nous relisons l'histoire de la malade de notre première observation, nous y voyons que, malgré la multiplicité des localisations tuberculeuses au niveau de la peau, des ganglions, des articulations et des os, elle ne présente aucun signe pulmonaire, tant à l'auscultation qu'à l'examen radioscopi-

(1) KIENER. — *C. A. de la Soc. Méd. Hop.*, Paris, 1881.

que. Quant à la malade de l'observation II, elle fait à l'âge de vingt-deux ans, une broncho-pneumonie tuberculeuse qui guérit parfaitement bien ; il en est de même pour la seconde atteinte pulmonaire survenue six ans plus tard, et pour la lésion tuberculeuse du sommet gauche survenue en 1918 après une attaque de grippe.

Les auteurs qui se sont occupés de la question n'ont pas été sans remarquer que les écrouelles, les strumes, toutes ces lésions rattachables à la tuberculose osseuse et cutanée se sont trouvées accolées avec une bacillose pulmonaire à laquelle ces dernières conféraient un pronostic bénin.

Hippocrate, le premier, a signalé la coexistence de lésions scrofuleuses avec des foyers de phtisie pulmonaire.

Landouzy rappelle, d'après Hegesippe (1), la faculté que possédaient les Rois de France, de guérir les écrouelles, par le simple attouchement, le jour de leur sacre, dans la Basilique de Reims.

Bazin, dans ses « Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule », insiste sur ce fait que la marche de la tuberculose pulmonaire chez les scrofuleux est, d'une manière générale, bénigne.

Cette notion n'avait pas non plus échappé à Villemin (2), qui faisait remarquer que :

---

(1) HEGESIPPE. — De la vertu admirable de guérir les écrouelles par le seul attachement, concédé divinement aux seuls rois de France très chrétiens, Paris, 1847.

(2) VILLEMIN. — *C. R. Soc. Méd. Hop.*, Paris, 1881.

« Ces premiers accidents tuberculeux qui ont pour siège les os, les articulations, les ganglions, le tissu cellulaire, les testicules, etc..., peuvent être suivis d'accidents de même nature, soit dans les poumons, soit ailleurs, à brèves ou à longues échéances, mais ils peuvent aussi à eux seuls épuiser, pour ainsi dire, toute la puissance de la maladie. Aussi voit-on quelques personnes ainsi atteintes, vivre de longs jours ».

Mais la cause efficiente de ce phénomène n'était pas encore comme à ce moment-là, puisque, au cours du même compte rendu, cet auteur (1) écrit :

« Toutefois, le scrofulisme, par la chronicité débilitante des lésions qu'il occasionne et par la déviation qu'il imprime à l'évolution organique, pourrait bien modifier le milieu vivant dans un sens favorable à l'infection tuberculeuse ».

On avait donc déjà, à ce moment là, des idées nettes sur la semi-immunité conférée à l'organisme par la tuberculose locale.

En 1886, Marfan fait paraître son « Mémoire pour la Médaille d'or » et il étudie tout au long, cette question d'immunité. Il reconnaît que toute tuberculose locale, guérie, que ce soit un lupus ou des écrouelles, est une sérieuse garantie contre l'atteinte d'une tuberculose pulmonaire; toutefois, si celle-ci évolue chez le sujet scrofuleux, elle y affecte une allure lente et une marche relativement bénigne. Pour lui, ces bacilloses locales ne sont que des formes atténuées de la tuber-

(1) VILLEMIN. — *Ibidem.*

culose, et il base ce fait sur l'inconstance des inoculations; il y entrevoit la possibilité de vacciner un jour le sujet sain contre la bacillose.

Il nous semble que cet auteur soit allé un peu loin dans ses conclusions. Nous verrons, en effet, qu'on ne peut pas dire que la scrofulose n'est qu'une atteinte bacillaire diminuée, car le bacille conserve néanmoins toute sa virulence. Nous admettons parfaitement une partie de ses assertions :

« On ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, dit-il (1), tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution, chez des sujets qui, pendant l'enfance, ont été atteints d'écrouelles (adénite tuberculeuse suppurée du cou) et qui en ont guéri complètement avant l'âge de 15 ans. Cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun foyer de tuberculose n'ait été appréciable ».

Mais il ne nous semble pas possible de parler d'immunité vaccinale complète, tout au plus, pouvons-nous employer le terme de semi-immunité. Les observations cliniques sont là pour prouver que l'organisme n'est pas tout à fait à l'abri d'une atteinte bacillaire ultérieure, à caractère plus sérieux. C'est d'ailleurs l'opinion de Triboulet (2) :

« Les accidents tuberculeux localisés confèrent parfois à l'organisme ce *quid ignotum* en vertu duquel, à la guérison de l'incident local, succède, pour tout l'organisme, un

(1) Marfan. — *Archives générales de Médecine*, 1886.
(2) Triboulet. — *La Clinique*, 29 mai 1908.

pouvoir de résistance manifeste à la tuberculisation ultérieure ».

Léon Bernard et Masselot ont publié, de leur côté, dans le « Bulletin de la Société d'Etude scientifique sur la Tuberculose », une statistique portant sur 1.046 cas de tuberculose chronique et ils ont recherché le pourcentage des cas chez lesquels la tuberculose pulmonaire se développe après une première atteinte bacillaire locale. Ces deux auteurs sont arrivés aux résultats suivants :

Sur ces 1.046 cas, on a retrouvé dans les antécédents des malades :

2,2 % d'adénopathies cervicales suppurées guéries;
0,09 % de lupus;
8,1 % d'adénopathies non suppurées;
2,5 % de localisations diverses;
90,6 % de malades pulmonaires adultes n'ayant présenté aucune localisation de tuberculose ancienne évidente.

On peut donc conclure que la tuberculose pulmonaire ne se développe après localisation locale que dans 1/10 des cas seulement.

Plus récemment, le Professeur Calmette, de l'Institut de Paris, a repris la question en se plaçant, non plus sur le terrain de la clinique pure, mais sur celui de l'expérimentation.

Il y a une notion qui domine tous les faits expérimentaux relevés par Calmette et ses élèves, c'est cette notion établie par Metchnikoff et Dembinski, de l'immunité naturelle.

Quand on introduit, par l'inoculation sous-cutanée, des bacilles de Koch dans l'organisme de certains animaux ou de certains mammifères plus sensibles à l'infection tuberculeuse. (Soulignons, en passant, ce fait qui est d'une importance capitale), on constate que les lésions présentées par ces animaux, restent locales et n'entraînent jamais de troubles fonctionnels graves. Les bacilles restent au point d'injection, mais ils demeurent virulents.

L'existence de cette immunité a été également reconnue par Gerald Webb et W. William, qui ont constaté, après toute une série d'expériences faites avec différents microbes, que l'inoculation de quelques bacilles virulents, conférait une immunité solide.

D'autre part, Calmette et Bruyant ont reconnu que les bacilles restent enfermés dans les ganglions et les organes, sans produire de réactions appréciables.

Deux auteurs de Berne, Thoeni et Thayssen ont étudié les effets d'une seule inoculation d'un petit nombre de bacilles provenant de culture de virulence connue. Ils ont constaté que les cobayes ne prennent pas la tuberculose, lorsqu'on ne leur injecte que quelques éléments microbiens isolés.

Sur dix-neuf cobayes qui ont respectivement reçus de dix à soixante-seize bacilles, un seul d'entre eux, que l'on avait inoculé avec soixante et onze bacilles, fut trouvé porteur d'une lésion tuberculeuse. Les auteurs ont reproduit les mêmes expériences chez les autres animaux, comme le lapin, le

singe et le bœuf, là ils ont été à même de constater les mêmes résultats.

La vaccination sur le bœuf a été réalisé par Von Berrhing de la façon suivante :

Il fait une culture de germes humains et il pratique sur des jeunes veaux une première injection intra-veineuse de 4 milligrammes de bacilles desséchés dans le vide et provenant de cette culture d'origine humaine, entretenue depuis six ans au laboratoire ; trois jours après, il fait une seconde injection, plus forte celle-là, de 20 milligrammes.

Il constate que ces deux injections confèrent aux animaux, une immunité réelle mais passagère, qui ne se prolonge guère au delà de quelques mois.

En 1907-1908, Calmette et Guérin reprennent ces expériences, sur les vaches : les unes parfaitement saines, les autres déjà infectées, puisque réagissant à la tuberculine, ils injectent à ces deux lots d'animaux 5 milligrammes de bacilles virulents, d'origine bovine là ils constatent que les vaches saines prennent toujours la tuberculose à forme granulique aiguë, rapidement mortelle, alors que les vaches réagissent à la tuberculine supportent la même inoculation virulente sans être gravement malades.

« Les expériences de laboratoire, écrit Calmette (1), montrent que les bovides guérissent presque toujours lorsqu'on

(1) Calmette. — L'infection bacillaire de la tuberculose, Paris, 1920.

prend soin de les isoler après les avoir infectés une seule fois par les voies digestives, tandis qu'ils ne guérissent jamais et deviennent rapidement tuberculeux lorsqu'on les infecte plusieurs fois à courts intervalles, et qu'on les laisse en contact prolongé avec d'autres animaux tuberculeux.

Les mêmes expériences montrent que les bovides, en apparence guéris, ne résistent plus à la tuberculine et se maintiennent souvent en parfaite santé, alors même qu'on les expose à de nouvelles infections naturelles ou artificielles.

Il semble donc que ces bovides, comme les malades guéris de leurs anciennes lésions tuberculeuses, soient en quelque sorte vaccinés.

Il importe que nous sachions si, chez l'homme, enfant ou adulte, l'immunité contre la tuberculose peut ainsi s'établir à la suite d'une atteinte ancienne, légère ou grave ».

Calmette renouvelle les mêmes expériences sur le cobaye et les résultats, qu'il en obtient, sont en tous points comparables aux précédents.

« Si on inocule à un cobaye sain une culture pure de bacilles, la plaie se ferme ordinairement et semble guérir dès les premiers jours. Ce n'est que vers le dixième ou quinzième jour qu'apparaît, au point d'inoculation, un nodule dur, qui s'ouvre bientôt et produit un ulcère persistant jusqu'à la mort de l'animal. Or, les cobayes déjà infectés depuis quatre à six semaines et qu'on réinocule de nouveau, se comportent très différemment. Chez eux, il ne se forme pas de nodule au

point de réinoculation ; mais dès le lendemain ou le surlendemain, ce point devient dur et prend une coloration rouge violacée, puis noirâtre, sur une étendue large de 0 c. 5 à 1 centimètres. Les jours suivants, la peau se nécrose. Elle ne tarde pas à s'éliminer et à laisser place à un ulcère superficiel qui guérit rapidement, d'une façon définitive, sans que les ganglions voisins soient tuméfiés.

Ainsi les bacilles tuberculeux inoculés agissent tout autrement sous la peau d'un cobaye *déjà tuberculeux* que sous celle d'un animal *sain* » (1).

Fort, de tous ces faits expérimentaux qui s'expliquent, par ce fait que les bacilles de Koch, introduits dans l'organisme d'un animal sensible ou réfractaire à l'infection tuberculeuse, provoquent la formation de leucocytes et la mise en liberté d'anti-corps qui existent dans l'organisme tant que l'affection est en évolution, pour disparaître à la fin de cette dernière, Calmette (2) conclut de la façon suivante :

« Il est donc hors de doute que les animaux tuberculeux sont incomparablement plus résistants que les animaux neufs à l'inoculation intra-veineuse d'épreuve...

De multiples expériences nous ont montré qu'on observe des phénomènes semblables chez des bovides artificiellement ou spontanément tuberculisés par les voies digestives, lorsqu'on vient à leur inoculer ultérieurement une culture de

(1) CALMETTE, *loc. cit.*
(2) CALMETTE, *loc. cit.*

tuberculose, *sous la peau*. Il se forme alors un abcès au point d'inoculation, mais les ganglions voisins ne se tuméfient pas et l'abcès guérit lorsqu'il s'est vidé à l'extérieur.

On constate fréquemment de ces analogies en clinique humaine, chacun sait qu'une tuberculose locale suppurée, survenant chez un tuberculeux pulmonaire, améliore l'état du malade et accroît considérablement sa résistance. Inversement, il est rare que les sujets chez lesquels la tuberculose pulmonaire évolue avec une marche rapide, aient été antérieurement atteints de suppurations ganglionnaires, osseuses ou cutanées, hormis les cas où une opération chirurgicale inopportune a pu provoquer une infection sanguine.

C'est une notion courante, à l'hôpital Saint-Louis, qu'un quart environ des lupiques présentent des signes d'auscultation caractéristiques de la tuberculose pulmonaire et que celle-ci évolue généralement chez eux avec une très grande lenteur ; aussi beaucoup de lupiques deviennent-ils très vieux ».

La vaccination des bovides entraîne donc un certain degré d'immunité, mais qui ne dure qu'autant que la lésion tuberculeuse dure. Par conséquent, pour que l'immunité puisse persister, il est de toute nécessité que le bacille de Koch persiste lui-même dans les ganglions. Le jour de celui-ci disparaît, l'immunité disparaît également.

Roger et Simon (1) ont constaté que les animaux suppor-

(1) Roger et Simon. — Action pathogène de bacilles tuberculeux stérilisés en des produits tuberculo-caséeux. *Arch. Méd. Exp.*, septembre 1910.

tent bien les lésions caséo-purulentes déterminées par l'injection sous-cutanée de bacilles de Koch, tués par la chaleur; mais si l'on extirpe une de ces néoformations, on observe les phénomènes suivants :

D'abord, l'augmentation brusque et considérable des autres tumeurs; ensuite une cachexie rapide, à laquelle l'animal succombe.

Le foyer morbide semble donc indispensable au maintien de la santé et de la vie.

Morelli (1) d'autre part, a vérifié que ces tumeurs, d'origine bacillaire, renferment une quantité considérable d'anticorps, mais que le sang n'en contient pas; d'ailleurs, la recherche des anti-corps dans le sang des porteurs de lésions osseuses et articulaires, des lupiques et des tuberculeux ganglionnaires, reste absolument négative. Si, par contre, on extirpe ces tumeurs, le sang se charge d'anti-corps nombreux, de précipitines, d'agglutinines, d'opsonines et de sensibilisatrices.

L'observation clinique confirme d'ailleurs ces faits. Il est fréquent de constater que les sujets porteurs de lésions ostéo-articulaires soignés à Berck deviennent des tuberculeux pulmonaires. On ne peut donc pas parler, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut d'immunité solide et parfaite. Les accidents scrofuleux évoluent donc sur un ter-

(1) MORELLI. — Action des bacilles tuberculeux stérilisés, injectés à dose massive sous la peau des animaux. *Arch. Méd. Exp.* septembre 1912.

rain immunisé à moitié, donnant par conséquent lieu à des récidives, mais d'un pronostic et d'une évoluton relativement favorable. Cependant, le sujet ne doit jamais se considérer comme guéri. Il doit, en effet, toujours héberger du bacille de Koch pour pouvoir conserver cette immunité, car ces formes contrebalancent une évolution défavorable par les processus de défense qu'ils dressent dans l'organisme.

Cette semi-immunité conférée à l'organisme ne doit pas être attribuée à une diminution de la virulence de forme pathogène, car les faits cliniques et l'expérimentation ont prouvé que le bacille de Koch, retenu dans les tissus du scrofuleux, en parti immun, conservait, vis-à-vis des sujets sains une virulence toujours égale. Dans notre observation II, nous lisons que la malade contracte un mariage avec un sujet sain, mais éthylique, qui ne tarde pas à succomber à une bacillose pulmonaire, alors que sa femme, tout en conservant la souche du même bacille, continue de vivre, avec un état général satisfaisant.

Brouardel a rapporté à ce sujet un certain nombre de cas de scrofuleux qui vivent en famille, en contact journalier avec des enfants, résistant aux poussées évolutives de leur affection, mourant à un âge fort avancé et étant des sources de contamination, surtout pour les organismes jeunes qui sont en état de moindre résistance.

Nous nous permettons de rappeler l'observation de cette petite malade de Parrot dont on inocula le pus d'un ganglion

infecté à un cobaye qui ne tarda pas à succomber à une infection tuberculeuse ; il en est de même pour cette autre malade, signalée par Guéniot, porteur d'une tuméfaction fistulisée du médius gauche, inoculée à un cobaye qui meurt de généralisation bacillaire.

Si nous voulons chercher d'autres exemples de la conservation de la virulence dans le domaine de l'expérimentation, nous trouvons que Maffuci avait constaté que l'injection sous-cutanée de cultures stérilisées détermine, chez le cobaye, le développement d'un abcès et entraîne une cachexie mortelle.

Prudden et Hodenpyl (1) introduisant, dans les veines, des cultures stérilisées par la chaleur, voient se développer chez le lapin, des granulations tuberculeuses, remarquables par leur tendance à subir la transformation caséeuse.

Cantaguzène, enfin, a démontré que les bacilles de Koch conservent leur propriété tuberculigène, même quand on les a chauffé à 130°, pendant dix jours de suite ou quand on les a dégraissés à l'alcool bouillant, l'alcool méthylique ou l'éther de pétrole.

Burnett, de son côté, étudiant quarante-deux bacilles provenant d'enfants ou d'adultes, atteints de tuberculose pulmonaire, ganglionnaire, osseuse ou cutanée, n'a pas pu en découvrir un seul qui puisse être considéré comme atténué. D'a-

---

(1) Buddin et Hodenpyl. — Studies on the action of dead bacturia in the liwing body. *New-York Med. Journal,* juin 1891.

près cet auteur, si ces atténuations existent, elles ne peuvent être que provisoires et apparentes; elles ne résultent que de l'influence du milieu, mais ne sont jamais définitivement acquises. A ce sujet, il écrit les lignes suvantes :

« Bien loin que les tuberculoses osseuses et articulaires des enfants soient causées par des bacilles affaiblis, les faits prouvent que ces bacilles sont en pleine virulence, soit parce que l'organisme jeune leur résiste mal, soit parce qu'ils proviennent par contagion presque immédiate de tuberculoses actives, soit parce qu'ils sont doués d'une aptitude spéciale à se mobiliser et à se répandre, par la lymphe et le sang, dans l'organisme infecté... ».

Il ressort donc bien, de ces considérations que nous venons d'envisager, que le processus scrofuleux, tout en reconnaissant comme agent pathogène le bacille de Koch qui a conservé toute sa virulence, confère à l'organisme un certain état d'immunité. Mais que surviennent des causes favorisantes, comme un simple traumatisme, un excès de travail, des soucis moraux, il se produira une poussée importante de tuberculose locale, car ces bacilles se réchauffent sous l'influence de tous les agents qui sont susceptibles de diminuer la résistance de l'organisme. Mais dans l'ensemble, nous pouvons presque écrire que la scrofule est un brevet de longue vie.

Conclusions

Après avoir rappelé les différentes localisations bacillaires que l'on range sous le terme de scrofulose, nous avons brièvement rapporté les discussions tendant à établir la nature tuberculeuse des accidents.

Nous avons ensuite voulu illustrer notre travail de quelques observations cliniques dont l'une d'entre elles, prise dans le service de M. le Professeur Carnot, a servi de sujet à cette thèse.

Dans le chapitre qui a suivi, il a été étudié l'étiologie et le diagnostic de la scrofule, que l'on devra surtout faire avec la syphilis. Nous avons réservé quelques lignes à une complication de cette affection et qui est loin d'être rare : l'éléphantiasis, dont notre observation II nous fournit un bel exemple.

Enfin, nous avons abordé la question de l'immunité conférée par l'existence de strumes, chez un sujet, vis-à-vis des atteintes ultérieures graves de bacillose viscérale, et nous avons conclu, après avoir rapporté les faits cliniques et les expériences de laboratoire, qu'on ne peut tout au plus parler

que de semi-immunité, en faisant remarquer en terminant que le bacille de Koch, dans la scrofule, conserve toute sa virulence, malgré la bénignité relative des lésions qu'il provoque.

Vu le Doyen,
ROGER.

Vu le Président,
P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. CHARLÉTY.

SAUMUR. — IMPRIMERIE M. CHEVALIER